



Akutt svimmel – hva skal gjøres?

LEDER

BENTE THOMMESSEN

E-post: bente.thommessen@ahus.no

Bente Thommessen er dr.med, spesialist i nevrologi og overlege ved Nevrologisk avdeling, Akershus universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Med en poengtert anamnese og en god klinisk undersøkelse kan man i de fleste tilfeller skille ufarlig akutt svimmelhet fra farlig.

De fleste som har arbeidet på legevakt eller i et akuttmottak, har møtt pasienter som klager over svimmelhet. Mange har nok også erfart at svimmelhetens ofte subjektive karakter gjør det utfordrende å ta opp en presis anamnese. Akutt svimmelhet er vanlig og en hyppig årsak til sykehusinnleggelse. I en nylig publisert studie fra USA skyldtes 4 % av alle henvendelsene til akuttmottak akutt svimmelhet (1).

I de senere år har man blitt mer oppmerksom på at akutt svimmelhet kan være et isolert symptom på hjerneslag, særlig dersom slaget er lokalisert i bakre skallegrop (2). Dette har ført til at pasienter med plutselig oppstått svimmelhet nå i større grad henvises til avdelinger som tilbyr slagbehandling, ettersom akutt behandling av hjerneslag har høy hastighetsgrad og lav terskel for innleggelse. De fleste pasientene med svimmelhet har imidlertid ikke hjerneslag, og konsekvensene kan da bli feil bruk av ressurser og økte kostnader (3). I en nylig publisert studie med data fra slagenheten ved Akershus universitetssykehus fikk 38 % av de innlagte pasientene andre diagnoser enn hjerneslag eller transitorisk iskemisk angrep, og svimmelhet var den vanligste (4).

For raskt å kunne skille ufarlig svimmelhet fra alvorlig, og begrense unødige innleggelse i slagenheter, er gode kliniske vurderinger og korrekt diagnostikk viktig. I de senere år er det publisert flere kunnskapsbaserte anbefalinger om diagnostisk tilnærming til akutt svimmelhet, bl.a. i Tidsskriftet (5). Særlig legges det vekt på en presis anamnese og en fokusert klinisk undersøkelse med øyemotilitetsundersøkelser.

Målet for akutt diagnostikk hos pasienter med akutt svimmelhet må være raskt å kunne skille mellom ufarlige former for svimmelhet og de alvorlige tilstandene som krever akuttbehandling

I artikkelen som nå publiseres i Tidsskriftet beskriver Weisshaar og medarbeidere en retrospektiv studie ved Sørlandet sykehus, der forekomst og diagnosepekter ved akutt svimmelhet hos pasienter innlagt i en nevrologisk avdeling ble kartlagt (6). Pasienter med akutt svimmelhet utgjorde hele 11 % av alle innleggelse i avdelingen. Kun halvparten av dem fikk en årsaksdiagnose. Oppdaterte diagnostiske retningslinjer ble brukt i bare begrenset grad. Kartlegging av svimmelhetens kvalitet, dvs. rotatorisk eller nautisk

svimmelhet, ble gjort hos 80 % av pasientene, men slike opplysninger har vist seg å ha svært lav sensitivitet og er til liten nytte i diagnostikken (7). Akutt vestibulært syndrom ble diagnostisert hos få pasienter. Dette syndromet defineres som akutt oppstått og vedvarende svimmelhet (> 24 timer) med ledsagende kvalme, bevegelsesintoleranse, ustøhet og spontannystagmus. Den vanligste årsaken er vestibularisnevritt, men opptil 10–20 % av pasientene kan ha hjerneinfarkt (7, 8). Øyemotilitetsundersøkelse med såkalt HINTS-test (hodeimpulstest, nystagmus, vertikal skjeling) kan være nyttig for å skille mellom sentral og perifer årsak, men sensitiviteten er avhengig av klinikerens erfaring.

Utviklingen innen bildediagnostikk har vært betydelig de senere år, og bruken av CT og MR i diagnostikken av hjerneslag er nå til uvurderlig hjelp. Imidlertid er sensitiviteten for å påvise hjerneinfarkt i bakre skallekrop de to første døgnene etter symptomdebut svært lav, og en stor andel små hjerneinfarkter i bakre kretsløp er heller ikke synlige på MR i samme tidsrom (1). På tross av dette fikk hele 88 % av pasientene i studien fra Sørlandet sykehus utført CT caput, mens 37 % fikk gjort en MR-undersøkelse i forløpet. Henvisning til akutt CT-undersøkelse av pasienter med akutt svimmelhet uten andre ledsagende symptomer bør sannsynlig kunne begrenses betydelig, slik også forfatterne foreslår (1, 5, 6).

Den til dels manglende bruken av kunnskapsbaserte anbefalinger i diagnostikk av akutt svimmelhet er sannsynlig ikke enestående for Sørlandet sykehus. Det er derfor nyttig og fortjenestfullt at forfatterne belyser problemstillingen ved å kvalitetssikre egen praksis. Målet for akutt diagnostikk hos pasienter med akutt svimmelhet må være raskt å kunne skille mellom ufarlige former for svimmelhet og de alvorlige tilstandene som krever akuttbehandling. Bruk av kunnskapsoppdateringer vil sannsynlig kunne redusere overforbruk av ressurser og bidra til å unngå feildiagnostikk og unødige undersøkelser. Kliniske avdelinger må legge større vekt på ny kunnskap og gjennomføre systematisk opplæring i oppdaterte prosedyrer. Det synes også riktig å peke på at i en tid med avanserte diagnostiske hjelpemidler har en poengtert anamnese og en god klinisk undersøkelse fortsatt sin plass.

LITTERATUR:

1. Saber Tehrani AS, Kattah JC, Kerber KA et al. Diagnosing Stroke in Acute Dizziness and Vertigo: Pitfalls and Pearls. *Stroke* 2018; 49: 788–95. [PubMed][CrossRef]
2. Venhovens J, Meulstee J, Verhagen WI. Acute vestibular syndrome: a critical review and diagnostic algorithm concerning the clinical differentiation of peripheral versus central aetiologies in the emergency department. *J Neurol* 2016; 263: 2151–7. [PubMed][CrossRef]
3. Saber Tehrani AS, Coughlan D, Hsieh YH et al. Rising annual costs of dizziness presentations to U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med* 2013; 20: 689–96. [PubMed][CrossRef]
4. Faiz KW, Labberton AS, Thommessen B et al. The burden of stroke mimics: present and future projections. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2018; 27: 1288–95. [PubMed][CrossRef]
5. Ljøstad U, Eldøen G, Goplen FK et al. Utredning ved akutt svimmelhet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0820. [CrossRef]
6. Weisshaar M, Mygland Å, Ljøstad U. Utredning av pasienter med akutt svimmelhet ved en nevrologisk avdeling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.18.0820. [CrossRef]
7. Tarnutzer AA, Lee SH, Robinson KA et al. ED misdiagnosis of cerebrovascular events in the era of modern neuroimaging: A meta-analysis. *Neurology* 2017; 88: 1468–77. [PubMed][CrossRef]
8. Gurley KL, Edlow JA. Acute Dizziness. *Semin Neurol* 2019; 39: 27–40. [PubMed][CrossRef]